Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir

---



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

par Gilles Lauzon et Claude Charbonneau
avec la collaboration de Geneviève Provost

Ce document a été adopté par résolution unanime de l'Assemblée générale de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et par le Comité national Santé mentale et Travail, le 1er novembre 2000.

L'A.Q.R.P. désire témoigner toute son appréciation à ses nombreux collaborateurs qui, par leur engagement, leur lecture attentive et leurs commentaires éclairés, ont permis d'enrichir le contenu de ce document.

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (A.Q.R.P.)
École Ste-Odile, 2e étage
215, rue des Peupliers Ouest
Québec, Qc
G1L 1H8
Téléphone. : (418) 624-1787
Télécopieur. : (418) 624-9921
Courriel : aqrp@sympatico.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
ISBN 2-921918-03-X

« (...) Car être oisif, c'est être un étranger au cœur des saisons
et quitter la procession de la vie qui s'avance vers l'infini
dans sa majesté et sa fière soumission.

Lorsque vous travaillez, vous êtes comme une flûte
dans le cœur de laquelle le murmure des heures
se fait musique. (...) »

Khalil Gibran, Le Prophète.

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (A.Q.R.P.) regroupe des personnes, des organismes et des regroupements intéressés par la réintégration sociale et par l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale. En plus de représenter une variété d'intervenants et de professionnels œuvrant dans les divers milieux institutionnels et communautaires de l'ensemble du Québec, dont plusieurs œuvrent spécifiquement à l'insertion socioprofessionnelle, l'A.Q.R.P. compte aussi parmi ses membres, ceux avec qui, et pour qui elle existe : les utilisateurs de services et leurs proches.[1]

---

1. Introduction : l'urgence d'agir

Depuis plusieurs années, le cumul et la convergence des énoncés, des évidences, des données et des propositions ne laissent planer aucun doute quant à l'extrême importance de favoriser l'intégration au travail des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale. Le sujet est à ce point documenté et les personnes impliquées dans les projets d'insertion à ce point déterminées, qu'il est plus que temps d'amener cet objectif dans le peloton de tête de l'ordre des priorités gouvernementales.

Le Québec ne peut plus se permettre de négliger des dizaines de milliers de ressources humaines qui, en raison de troubles mentaux, n'ont souvent d'autre alternative que l'emprunt des sentiers de la démotivation, de la passivité et de l'inutilité sociale (i.e. l'exclusion, voir Castel, 1996). Il est urgent d'adopter des mesures concrètes pour faire du travail cet agent privilégié d'une intégration sociale et économique pleine et entière des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Nous ne pouvons plus ignorer les nombreux appels et les motifs qui nous y convient de manière pressante et persistante : mobilisation d'envergure à travers des colloques, des comités ou des regroupements; répétition et consensus quant aux principes, aux orientations et aux recommandations; importance de la valeur du travail pour toute personne dans la société; reconnaissance du potentiel d'intégration des personnes affectées et de leur motivation; connaissance de leurs préférences et de leurs attentes en matière d'emploi; connaissance des trop nombreux obstacles à l'insertion au marché du travail; expertises des programmes de santé mentale de formation, d'insertion et de maintien en emploi; identification des conditions de réussite; témoignages de résultats probants; détermination de la rentabilité économique des investissements.

Le présent document se veut un levier pour que se concrétisent la détermination et l'espoir des personnes désireuses d'accéder à un statut de travailleur. En rappelant simplement ce que l'on connaît déjà, en intégrant des informations récentes et en réitérant des propositions concrètes, il interpelle directement les décideurs et les gestionnaires des politiques économiques, sociales et de santé. Il se veut aussi un outil

---

[1] L'A.Q.R.P. regroupe plus de 450 membres dont 135 corporations constituées à la fois d'établissements et organismes du réseau public dont les principaux hôpitaux psychiatriques du Québec, et d'une forte proportion d'organismes communautaires.

pour mettre à profit la maturité et l'expertise de ceux et celles qui, dans tous les milieux concernés par l'emploi et la formation des personnes aux prises avec des troubles mentaux, désirent favoriser leur intégration au travail.

Au Québec à l'heure actuelle, favoriser l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, c'est reconnaître un droit fondamental, c'est agir en fonction de leurs préférences, c'est poser un geste de solidarité sociale et c'est investir dans ce qui est rentable humainement, socialement et économiquement. Favoriser l'intégration au travail de ces personnes est à la fois un objectif prioritaire et un devoir.

2. Une situation encore trop centrée sur l'exclusion

2.1. Des chiffres qui nous inquiètent

Aux premiers jours de l'an 2000, l'exclusion du marché du travail relié à des problèmes de santé mentale est un phénomène qui connaît une croissance inquiétante au sein des sociétés occidentales. Au Québec, les statistiques précises sur les personnes affectées par des troubles mentaux et celles qui concernent plus particulièrement la santé mentale et le travail sont fort difficiles à obtenir. Malgré cela, l'on sait que plus de 80% des personnes qui vivent de problèmes graves de santé mentale et qui sont aptes, disponibles et motivées à réintégrer le marché, en demeurent exclues. Plus du tiers des personnes qui ont un emploi et qui sont contraintes de s'en absenter à cause de maladie, ont reçu un diagnostic médical associé à un problème de santé mentale.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère qu'environ 90% des personnes « handicapées du psychisme » (son appellation) et qui sont aptes et disponibles à réintégrer le marché du travail n'occupent pas d'emploi rémunéré ; alors que chez les personnes vivant avec un handicap physique, 50% occupent un emploi.

Des besoins à prendre en compte

« Rien n'indique que les troubles mentaux sévères, comme les psychoses, soient en progression; quels que soient l'époque et le lieu, la schizophrénie, par exemple, touche environ un pour cent de la population. Ces troubles mentaux sévères comportent des conséquences sérieuses pour la personne, son entourage et la collectivité et représentent un fardeau important pour le système de services. Quant à la dépression et à l'anxiété, elles affecteraient environ 12 pour 100 de la population adulte du Québec (des chiffres plus récents indiquent plutôt 17%). (...) Il ne s'agit pas ici que de symptômes et de manifestations cliniques, mais de troubles qui empêchent une personne d'assumer ses activités quotidiennes pendant un certain temps. »
(Politique de Santé Mentale, MSSS, 1989).

L'ampleur des problèmes de santé mentale est généralement reconnue dans les publications et les enquêtes : si une personne sur cinq vivra des problèmes de santé mentale au cours de sa vie (Politique de santé mentale, 1989), les données de l'enquête Santé-Québec (Bellerose et al, 1994) révélaient qu'en 1992, 26 % de la population québécoise adulte présentait un niveau de détresse psychologique élevée. Pour les seuls épisodes dépressifs majeurs, près de 300 000 québécois ont été affectées en 1996-1997 (Statistique Canada, 1999a). Dans une large mesure, ces problèmes sont à ce point graves qu'ils empêchent 200 000 personnes adultes au Québec de bien remplir les rôles qu'elles se sont données dans la vie dont celui d'exercer leur métier ou leur profession (Vincelette, 1995a; Dorvil et coll., CSMQ, 1997).

Sachant par ailleurs que des milliers de personnes reçoivent des prestations d'assurance-emploi en raison de maladie (39 000 en 1999 : Statistique Canada, 1999b) et qu'au Québec, près de 14 000 ont quitté volontairement un travail pour cause de maladie ou d'incapacité (Institut de la statistique du Québec, 1999), on peut déduire qu'un autre fort contingent de personnes quitte ou perde leur emploi en raison de problèmes de santé mentale[2].

Outre les problèmes graves de santé mentale, chacun s'accorde à dire que le pourcentage de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves qui présentent des contraintes sévères à l'emploi, est estimé entre 1% et 3% de la population générale. Ainsi, l'Association canadienne de santé mentale considère qu'à un moment particulier dans le temps, au moins 300 000 personnes au Canada sont simultanément aux prises avec des troubles mentaux graves. Déjà en 1987, le Comité de la politique de santé mentale pour le Québec avançait le chiffre conservateur de 30 000 personnes aux prises avec des troubles mentaux graves au Québec (p.162).

La situation des personnes affectées par un problème grave de santé mentale ou par des troubles mentaux graves entraîne un fardeau financier dont on commence à peine à saisir l'ampleur. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1995) faisait ressortir que les problèmes de santé mentale dans le monde constituent 8,1% (12% chez les 15-44 ans) de la charge de comorbidité globale, ce qui réfère à l'ensemble des pertes attribuables à la maladie dans une société donnée. Murray et Lopez (OMS, 1996) indiquent de plus que la maladie mentale représente près de 11% du poids économique total des maladies dans les pays industrialisés. De même, le Comité de la santé mentale du Québec extrapolait qu'en 1992, il en aurait coûté 4 milliards de dollars à la société québécoise pour les problèmes reliés au stress au travail (Vézina et coll., 1992). Une étude récente, conduite au Royaume-Unie (Lancaster et coll., 1998), a

---

[2] Une telle situation inquiète car une majorité de ces personnes verront s'épuiser leur assurance invalidité au bout d'environ deux ans et seront laissées à leur sort. Les entreprises du secteur privé qui offrent des programmes de réinsertion auprès des personnes qui ont quitté leur travail suite à un problème de santé mentale et qui sont en situation d'invalidité prolongée affichent des taux de succès d'au mieux 20% (Accès-cible SMT, 1998a).

permis de calculer que près de 40% des journées de travail perdues pour cause de santé sont causées par des désordres mentaux ou émotionnels[3].

À travers toutes ces estimations, la question de fond qui se détache est que le Québec ne peut se permettre de se priver d'autant de ressources humaines dont une forte proportion est motivée à valoriser son potentiel d'intégration et à intégrer le marché de l'emploi régulier.

Déjà en 1979, le Bureau international du travail attirait l'attention sur le fait que la maladie mentale touchait plus de vies humaines et entraînait un plus grand gaspillage de ressources humaines que toute autre forme d'incapacité dans le monde. Anthony, Cohen et Farkas (1990) puis Noble (1998) rapportaient le chiffre révélateur que moins de 10% à 15% des personnes présentant des problèmes de santé mentale et qui seraient aptes à travailler avaient accès à un emploi rémunéré. Au Québec au seuil de l'an 2000, il ne serait pas faux de prétendre que la situation n'a guère évolué.

Même si l'exercice demeure fort difficile à réaliser, on peut estimer qu'au Québec, en 1998-1999, en considérant l'ensemble des principaux organismes, programmes et mesures financées par des fonds publics, approximativement à peine 22 millions ont été alloués directement à des programmes ou services de formation, d'employabilité et d'intégration liés à la santé mentale et au travail (dont 17 millions du ministère de la Santé et des Services sociaux et 3,2 millions d'Emploi-Québec)[4].

---

[3] Les assureurs confirment que les maladies mentales et les dépressions situationnelles représentent aujourd'hui la plus grande cause des réclamations d'invalidité à long terme; pour certaines compagnies, ces réclamations sont de l'ordre de 45% (St-Georges, CSN, www.csn.qc.ca.

[4] Cette estimation tient compte :

a) des sommes octroyées à des organismes ayant comme mission l'insertion professionnelle via le programme de Soutien aux organismes communautaires (SOC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : environ **9 millions** pour une quarantaine d'organismes;
b) des sommes de l'Office des personnes handicapées du Québec (financé principalement par le MSSS) qui ont bénéficié aux personnes ayant un « handicap du psychisme » via les Centres de travail adapté (CTA) et les contrats d'intégration au travail : environ **6,2 millions** pour 400 personnes en CTA et **1,85 millions** pour 550 contrats d'intégration au travail dont environ 170 SOFI;
c) du financement octroyé par Emploi-Québec à des ressources externes parmi lesquels figurent une dizaine d'organismes communautaires s'adressant spécifiquement à une clientèle santé mentale dont deux services externes de main-d'œuvre (SEMO) : environ **3,2 millions;**
d) des sommes consacrées aux « personnes ayant une déficience du psychisme » provenant du Fonds d'intégration au travail pour personnes handicapées du Comité d'adaptation de la main-d'oeuvre par l'insertion au travail (CAMO), dont le financement origine du ministère du Développement des ressources humaines Canada (DRHC) : environ **1,7 millions** pour environ 240 personnes.

Faute de sources précises, cette estimation omet des investissements qui nous apparaissent marginaux, comme entre autres: a) les majorations des prestations de la sécurité du revenu et les allocations associées à des parcours se situant à l'intérieur des cinq axes d'Emploi-Québec : préparation à l'emploi, insertion en emploi, maintien en emploi, stabilisation de l'emploi, création d'emplois; b) les sommes non récurrentes qui auraient été versées via le Fond de lutte à la pauvreté (MSS); c) les projets qui auraient été financés via les programmes (fond local d'investissement et fond de développement des entreprises d'économie sociale) des Centres locaux de développement (CLD) du ministère des Régions.

Ces 22 millions peuvent paraître considérables dans la conjoncture de la crise des finances publiques. Par ailleurs, il faut prendre en compte qu'annuellement au Québec, 12 milliards sont consacrés à l'ensemble du système de santé et que le coût des services de santé reliés à la santé mentale est évalué à 1.12 milliard (Dorvil et Morin, 2000). De plus, l'estimation des pertes de production due à des absences du travail reliées à des problèmes de santé mentale est évaluée à 4 milliards par année selon Vézina (1992).

Les problèmes de santé mentale canalisent 5.12 milliards par année au Québec en frais reliés à la santé et à la perte de production au travail. À peine 0.4%, soit 22 millions, sont investis dans la réinsertion au travail !

De ces investissements, au mieux, et à peine, entre 3000 et 4000 personnes vivant des troubles mentaux graves ou des problèmes de santé mentale profiteraient de ces fonds, dont une faible partie a trait à des mesures pour l'obtention d'un travail rémunéré dans des milieux réguliers de travail.

Ce nombre ne représente qu'un maigre 10 % du nombre de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et qu'un infime 2% des 200 000 personnes empêchées de bien remplir leur rôle en raison de problèmes graves de santé mentale.

Quand vient le temps de formuler les principes en vue de favoriser l'intégration au travail des personnes démunies, le Québec est généralement un modèle de générosité comme en font foi certains encadrés contenus dans ce texte. En ce qui concerne les personnes affectées par des problèmes graves de santé mentale, il y a cependant encore loin de la coupe aux lèvres comme en fait foi le peu de moyens consentis pour soutenir l'intégration sociale et économique des personnes. Cette situation ne peut plus perdurer.

Favoriser l'intégration au marché du travail d'une majorité des personnes éprouvant des troubles mentaux demande d'en faire un objectif prioritaire dès maintenant et d'y consacrer tous les moyens nécessaires. Il est urgent de prendre toutes les dispositions pour mettre un frein à la spirale de l'exclusion de milliers de personnes qui les conduit trop souvent à une aggravation de leurs difficultés et en dernier recours, à trouver refuge dans la pérennité de mesures telles que le programme Soutien financier[5]. L'A.Q.R.P. signalait en 1996, que parmi les 20-44 ans aux prises avec des troubles mentaux graves, au moins 15 000 personnes étaient potentiellement aptes au travail si on leur permettait de s'intégrer d'une manière adaptée à leurs besoins. Parmi ces personnes, les moins de trente ans sont en moyenne plus scolarisés que les générations antérieures, 86% souhaitent occuper un emploi et 43% ont déjà appris un métier (Leclerc, 1996). Comme société, n'aurons-nous rien d'autre à leur offrir comme perspective d'avenir, qu'une carrière qui emprunte les couloirs de l'exclusion?

---

[5] En 1995, 32 % des personnes ayant des troubles mentaux inscrites au programme Soutien financier avaient moins de 40 ans et plus de 80% avaient cumulé plus de 6 années à l'aide de dernier recours (MSR, 1995).

En 1995, 32 000 personnes ayant reçu un diagnostic associé à la maladie mentale ou à des problèmes de santé mentale étaient médicalement considérées comme présentant des contraintes sévères à l'emploi et étaient inscrites au programme Soutien financier (MSR, 1995). Ce nombre s'est probablement accru depuis, puisque ce programme comptait 10 000 personnes de plus en septembre 1999 (MSS, 1999).

Entre « Liberté 55 » et « Liberté 25 », un monde d'illusions.

« À la fin de ma première semaine de participation au programme, j'avais rendez-vous avec mon agent du Centre Local d'Emploi, pour qu'il m'inscrive dans ses dossiers. J'étais fatigué de ma semaine, mais comme cette formalité devait me donner le droit à une CAM pour me déplacer à mon stage et peut-être aussi, à une allocation de formation, je me suis motivé pour y aller. Mon agent que je voyais pour la deuxième fois (la première fois il m'avait conseillé de ne pas me réinscrire au CEGEP), connaissait un peu mes difficultés et mes antécédents psychiatriques. Il m'a alors proposé d'abandonner mon programme pour m'inscrire à la Régie de Rentes du Québec, me disant que jamais plus je n'aurais à me présenter à un bureau de l'aide sociale et que plus personne ne m'achalerait. Il m'a dit qu'en plus, je serais assuré d'avoir mes médicaments gratuits à vie, que je pourrais avoir un compte en banque où je pourrais accumuler autant d'économies que j'aurais envie, car l'aide sociale ne s'en occuperait plus. J'ai trouvé ça intéressant, jusqu'à ce qu'il me dise qu'en obtenant mon attestation médicale d'invalidité, je pourrais devenir un retraité privilégié à 25 ans. Mais moi, je me trouve un peu jeune pour ne pas travailler. »
(Un utilisateur de services d'insertion à Montréal). [6]

De tels chiffres doivent nécessairement nous interpeller sachant qu'il a été démontré qu'aucun lien significatif n'a pu être établi entre le potentiel de travail des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et la sévérité de leur diagnostic, et des différents symptômes de la maladie (Tessier, Clément et Jobidon, 1992). La lourdeur des problématiques et la sévérité des diagnostics ont une influence secondaire sur les chances de succès à intégrer le travail et à se maintenir en emploi, en comparaison de l'historique de travail, de la formation professionnelle, de la qualité des habiletés sociales et relationnelles, et de la motivation des personnes (Anthony et Jansen, 1984 : dans Tessier, Clément et Jobidon, 1992).

Offrir des services qui tiennent compte des besoins spécifiques d'intégration de ces personnes et qui leur donnent le choix de mettre en valeur leur potentiel de croissance, c'est ouvrir une route pour imprimer une rupture avec la « maladie », pour restaurer l'espoir, pour recouvrer un pouvoir d'agir, pour épanouir sa compétence et pour se rétablir là où elles désirent le plus vivre.

[6] Les témoignages reproduits dans ce texte, préservent l'anonymat des utilisateurs de services afin de tenir compte des mises en garde de plusieurs d'entre eux. Nous respectons donc ces appréhensions. Cependant, pour la majorité des témoignages cités, ceux-ci ont fait l'objet de publications d'Accès-Cible SMT (1998b et 1996).

Emprunter cette route qui ouvre les horizons de l'espoir demande certes un accroissement des investissements dans un secteur très fortement sous financé. Comme société par contre, nous devons aussi nous interroger à propos du fossé qui sépare le fait de prétendre que ces personnes peuvent s'intégrer comme membre à part entière de la société et le fait que l'accès à nombre de mesures d'intégration au travail s'accompagne de l'obligation de posséder une attestation d'invalidité (qui confère une image d'incompétence aux personnes aux prises avec des troubles mentaux). La reconquête de la citoyenneté doit également permettre aux personnes qui le désirent, d'aller plus loin que l'obtention du « privilège » d'améliorer une situation socio-économique précaire en occupant un succédané d'emploi ou en progressant dans l'échelle de la sécurité sociale (possibilité de faire 25$ de plus par semaine – 30$ à Québec - sans entacher ses prestations de sécurité du revenu). Les données de la recherche Impact-travail (Mercier et coll., 1999) indiquent que la majoration des prestations de la sécurité du revenu et les allocations ou indemnités de participation sont les modes de rémunération les plus fréquemment utilisés au Québec en santé mentale et travail.

Par ailleurs, offrir des services aux personnes qui vivent des problèmes graves de santé mentale, c'est intervenir de façon à prévenir une plus grande dégradation de leur santé, et c'est inverser le mouvement de spirale qu'imprime l'exclusion à l'ensemble des réseaux de soutien social de la personne. Fracturer ce mouvement, c'est amarrer la personne à un port, à l'abri de l'œil de la tempête qui dévaste sa vie.

La majorité des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale, aura à faire face à la violence de la désinsertion du travail, du réseau social et familial. Évitons qu'elles déclarent forfait devant la bataille à livrer faute d'amarres auxquelles s'accrocher.

2.2. Les couloirs de l'exclusion

Le travail : entre l'espoir et le doute.

« J'étais un peu nerveuse mais j'étais fière d'aller rencontrer mon agente d'aide sociale pour m'inscrire officiellement à ma formation en bureautique, que j'avais commencée depuis deux semaines. J'étais enfin admise, après presque un an d'attente et deux ans de préparation suite à mon hospitalisation. Après lui avoir raconté peut-être un peu vite ce qui m'arrivait, pour lui demander de m'inscrire à ce programme, mon agente me dit que si elle était à ma place, plutôt que de me stresser avec une formation et un programme, elle redemanderait à son médecin traitant de lui signer un papier d'inaptitude à long terme pour devenir « soutien financier ». J'ai insisté, elle m'a inscrite et m'a versé des allocations. Sur le coup, je l'ai trouvé bizarre. Mais je me demande depuis, si j'en vaux la peine et si elle n'avait pas raison. »

(Une utilisatrice de service d'insertion à Montréal).

Les obstacles à l'intégration au marché du travail sont bien documentés. Au Québec, plusieurs les ont relevés, dont entre autres : recherche Impact-travail (Mercier et coll., 1999), colloque Santé mentale et travail (avril 1999), l'A.Q.R.P. (1996,1997a), le Comité de la santé mentale du Québec (1994, Dorvil et coll., 1997), Comité santé mentale et travail de Montréal (1995), Comité santé mentale-volet travail de Québec (1995). Ces travaux démontrent que les obstacles sont créés de différentes façons ; parfois par la conjoncture politique et économique, parfois par les systèmes d'organisation de services et parfois par les organisations. Les obstacles sont de nature complexe et ils interfèrent à de multiples niveaux, dont entre autres : a) les politiques sociales et les mesures législatives et réglementaires; b) le fonctionnement des programmes et des organisations; c) les liens inter et intra réseaux; d) la méconnaissance de la réalité et des besoins des clientèles en santé mentale et travail; e) les milieux de travail; f) les particularités territoriales; g) la société en général. Les obstacles sont aussi identifiés de façon différenciée en fonction de la catégorie d'acteurs à laquelle on s'adresse (personne participante ou non participante, employeurs, intervenants, etc.; Mercier et coll., 1999).

Les premiers pas

« Il n'y a pas d'incitatif pour accéder au marché du travail. Tous les bénéfices reliés à l'aide sociale sont coupés, et on se retrouve sans un salaire adéquat. C'est une grande décision à prendre que celle d'intégrer le marché du travail. »
(Un participant au chantier « Pour être quelqu'un quelque part[7] », 1998)

Les obstacles seraient à ce point nombreux et complexes qu'ils privent les personnes d'accéder aux programmes qui favorisaient leur intégration sur le marché du travail comme le montre clairement une étude qualitative réalisée en Ontario (Ribeiro, 1999) auprès de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves à la recherche d'occupations signifiantes. De fait, en plus de tous leurs efforts pour « gérer » les problèmes personnels associés à leur santé mentale, les personnes épuisent à ce point leur énergie à naviguer dans le labyrinthe des bureaucraties et des services qu'il en reste très peu pour rencontrer des besoins autres, dont le travail.

De plus, il se ferme tant de portes en raison des obstacles que les personnes rencontrent, qu'elles ne peuvent profiter des occasions réelles qui se présentent en termes d'emploi, de logement, de formation et d'éducation (Church, 1997 : dans Ribeiro, 1999). Pour Rogers (1998), ce n'est pas le fait de travailler ou non qui est la question fondamentale, mais plutôt ce qui pousse les systèmes à continuer à nier aux

[7] « Pour être quelqu'un quelque part » était le titre de l'un des thèmes d'une journée thématique de chantiers de travail qui a réuni près de 300 personnes et qui fut organisée par l'A.Q.R.P. en 1998 (pour une synthèse : Le Partenaire, Vol 7, nos 1-2, 1998), Ce thème a été proposé par une personne utilisatrice de services de santé mentale.

personnes les occasions d'avoir accès à du travail rémunéré ou à des occupations signifiantes.

Comme société, pouvons-nous admettre que des personnes qui manifestent la volonté de surmonter les obstacles et d'emprunter la voie de l'intégration au travail, soient encouragées à ne pas se donner tant de peine ? Pouvons-nous tolérer, comme l'indiquent les données de l'enquête *Impact-Travail* (Mercier et coll., 1999), la présence de listes d'attentes dans plus de la moitié du peu de programmes existants au Québec en matière d'intégration en emploi pour ces personnes, et ainsi faire en sorte que la motivation, encore fragile, cède le pas au découragement ?

Depuis longtemps, « *Les Fous crient au secours* » !

« Un service de placement est aussi une nécessité urgente pour aider l'ex-malade mental à se trouver du travail, condition essentielle pour le réintégrer dans la société. Les responsables de cet organisme pourraient faciliter la réadaptation des sujets en tenant compte de ses aptitudes, de ses années d'expérience dans un certain champ d'action et, prenant considération chacun de ces facteurs, l'insérer dans un milieu favorable au maintien de sa santé».
(Pagé, « *Les fous crient au secours* », 1961).

Au Québec, outre les difficultés et défis qu'impose le processus de la désinstitutionnalisation, et plus récemment, de la non-institutionnalisation en santé mentale, nous sommes socialement imputables des décennies qui ont relégué à l'arrière-plan la réadaptation au profit du traitement. Nous évitons actuellement d'institutionnaliser, ce qui est un acquis d'importance. Il faut maintenant travailler à favoriser l'insertion sociale des gens qui vivent des problèmes de santé mentale, en associant de façon intrinsèque les perspectives de réadaptation psychosociale et d'intégration aux études ou au travail dès la première intervention du traitement de la crise. La précocité d'une intervention offrant une mise en action vers l'insertion au travail influe sur une réadaptation plus viable et plus rapide.

La mise en application du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998, 1999) et le suivi qui l'accompagne (travaux en cours du groupe d'appui) représentent une occasion à ne pas manquer pour infléchir de manière marquée ce mouvement. Se donner les moyens pour favoriser l'intégration au travail des personnes affectées par des problèmes graves de santé mentale demande bien plus, comme c'est le cas dans le Plan d'action, que la simple mention du travail comme une activité qui se noie dans une des huit catégories des services requis pour soutenir la personne et que le renvoi à la virtualité d'éventuelles actions ministérielles intersectorielles.

Des 4,5 millions de dollars investis en 1998 pour favoriser la transition des services, moins de 90 000$ ont été alloués au domaine de l'intégration au travail (MSSS, 1999). Le dernier budget provincial (14 mars 2000) prévoit que sur l'ensemble des nouveaux

investissements pour les services sociaux et de santé, à peine 8 millions seront consacrés à tous les services de santé mentale en 2000-2001. Combien en reviendra-t-il à l'insertion au travail?

3. En route vers l'inclusion

3.1 Culture, paradoxe, valeurs et sens du travail

La gestion perpétuelle du changement et la nécessité de l'adaptation, la spirale ascendante des standards et des exigences, l'insécurité, la précarité, la reconfiguration continue du marché du travail, a un effet certain sur la santé et le bien-être de nos communautés et sur les individus qui la composent. Le marché et l'organisation du travail d'aujourd'hui offrent peu de havres de paix et de filets de sécurité. Ce marché exige des individus compétitifs, performants fiables et agressifs; et parfois il en exclue[8].

Entre souffrance et plaisir, un paradoxe.

Le travail a des effets puissants sur la souffrance psychique. Ou bien il contribue à l'aggraver et à pousser progressivement le sujet vers la folie ; ou bien il contribue au contraire à la transformer, à la subvertir même, en plaisir, au point que dans certaines situations, le sujet qui travaille défende mieux sa santé mentale que lorsqu'il ne travaille pas. Pourquoi le travail est-il tantôt pathogène, tantôt structurant ? Le résultat n'est jamais donné d'avance.
(Dejours,1995).

Alors pourquoi réintégrer des personnes déjà fragiles dans des organisations qui risquent de les fragiliser davantage, de les « briser », et de les désassimiler à la fois du milieu du travail, du réseau social et de leur réseau affectif ? Poser la question, c'est y répondre pour de multiples motifs qui sont exposés dans les lignes qui suivent.

Le travail : être quelqu'un quelque part

« Emploi-Québec reconnaît que le travail est essentiel à l'autonomie financière et à l'intégration sociale des individus. Emploi-Québec souhaite contribuer au développement économique et social du Québec en favorisant l'accès à un emploi productif, durable et librement choisi, au sens de la convention sur la politique de l'emploi de l'organisation internationale du travail (OIT).»
(Emploi-Québec, 1999).

[8] De nombreux débats ont trait à l'analyse des milieux de travail et au potentiel toxique de certaines organisations sur la santé mentale des personnes. N'étant pas l'objet du présent document, le lecteur peut se référer entre autres aux écrits de Vézina et coll. (1992, 1995), Burnonville (1999) et du groupe de recherche RIPOST de l'Université Laval.

La personne souffrant de troubles mentaux graves doit disposer des mêmes droits, privilèges et obligations que tout autre membre de la collectivité et cela doit se constater entre autres, par un accès équitable au travail rémunéré. Le support à cette intervention doit être établi comme une priorité dans les orientations gouvernementales en matière de programmes et de financement.

Le travail : un défi prioritaire

« Un travail décent pour les femmes et les hommes du monde entier : tel est le but fondamental qu'il est proposé à l'Organisation Internationale du Travail de se donner en cette période de transition, de mondialisation. C'est le besoin le plus répandu, l'aspiration de tous – individus, familles, collectivités —, quels que soient le mode d'organisation sociale ou le degré de développement. C'est un défi auquel doivent faire face le monde politique comme le monde économique. »
(Rapport du Directeur général, Organisation internationale du travail, 1999).

Malgré les coûts et les résultats des interventions d'insertion, le droit des personnes doit primer sur leur pronostic d'employabilité. L'insertion au travail et l'intégration dans nos communautés doivent occuper une place de choix dans la hiérarchie de nos valeurs sociales. Plus que tout autre, cette personne a besoin de cette formidable tribune que représente un travail signifiant pour « avoir le sentiment de maîtriser sa vie » (MSSS, 1998) , pour être en position d'exercer son pouvoir d'agir et pour participer librement à la société (Chandler et coll., 1999).

Le travail : un rôle de normalisation

« Les personnes ayant des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux, ont les mêmes aspirations que la population en général face au travail. Le travail est significatif pour tous et fait partie intégrante de nos vies. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale désirent se trouver un emploi sur le marché régulier de l'emploi. Elles veulent mener une vie normale et perçoivent le travail comme un des rôles significatifs de la vie. »
(Vincellette. F., 1995b).

Depuis longtemps, les études montrent les unes après les autres que les personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale ont les mêmes aspirations que tout membre de la société. Selon Drake (1998), bien avant les objectifs de contrôle de symptômes et de réduction des hospitalisations, ces personnes préfèrent se concentrer à accomplir les rôles normaux d'une vie adulte, à vivre dans des milieux autonomes de vie, à s'intégrer dans la société, à prendre le contrôle de leur vie et à améliorer leur qualité de vie.

De plus, ces personnes entretiennent les mêmes aspirations que tous vis-à-vis du travail (Chandler et coll., 1999) en préférant un véritable emploi dans des environnements réguliers de travail (voir parmi d'autres : Ribeiro, 1999; colloque Santé mentale et travail, 1999; Vincelette, 1995a; Becker et Drake, 1994; Rogers et coll., 1991) et en désirant un vrai salaire (Tanzman et coll., 1990; Bell et coll., 1993). Une étude récente (RRNISMQ, 1999) réalisée auprès d'utilisateurs de services dans le cadre du transfert des services de réadaptation socioprofessionnelle d'un centre hospitalier de Québec à des organismes communautaires des environs a fait clairement ressortir la très grande importance que les personnes accordent à toutes les questions touchant la rémunération.

Deux recherches de Becker et coll. (1996; 1998) montrent sans contredit que les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves qui intègrent des programmes d'employabilité expriment leurs préférences quant au type d'emploi qu'elles désirent occuper, que ces préférences sont réalistes et qu'elles sont stables dans le temps.

Le travail : une source identitaire.

« ... le travail est devenu aujourd'hui, au-delà des critiques et des désenchantements, une des sources principales de l'identité d'une personne. Cette fonction sociale reconnue du travail prend en outre de plus en plus de place dans les sociétés industrielles avancées où la famille, la religion et le voisinage sont des points d'ancrage très affaiblis. Le travail revêt donc une importance qui dépasse largement sa fonction économique ou sa valeur instrumentale: il détermine le rang social de la personne, en plus d'être une source de relations humaines et un lieu de sociabilité par excellence. Les craintes et les appréhensions que suscite en chacun de nous l'éventualité du chômage illustrent bien l'importance du travail comme source de sécurité et d'estime de soi. »
(Vézina et coll., 1992).

Malgré ses avatars, ses contraintes, et ses contradictions, le travail est une activité donnant accès à l'identité et au rang social, à la sécurité et à l'estime de soi, aux relations humaines et à la socialisation. Le travail est par ailleurs un support par excellence de l'estime de soi et un facteur important de la maîtrise sur son environnement social (*empowerment*) et il constitue le véhicule principal de l'inclusion dans la société (Dorvil et coll. 1997). Mercier et coll. (1999) résumaient ainsi les avantages du travail pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale d'après les principaux écrits de la littérature : « *(...) avantages psychologiques (contacts sociaux et estime de soi), cliniques (structuration du temps, normalisation, prévention des décompensations et des hospitalisations), et économiques (fin de la dépendance de l'aide sociale).* »

Les gens qui en sont involontairement exclus, à cause de problèmes de santé mentale, sont privés d'une fonction sociale déterminante de la valeur et de la qualité de leurs

relations avec leur communauté et leurs pairs, et qui détermine d'autant, l'appréciation de leur propre valeur, de leur propre qualité et de leur simple raison d'être.

Le travail : un lien d'insertion sociale.

« Le lien ou l'absence de lien avec le milieu de travail est déterminant à la fois sur l'apparition de problèmes de santé mentale et sur la difficulté à sortir du processus de la « maladie » mentale. Il est reconnu que les personnes ayant conservé un lien avec leur milieu de travail ont plus de chance de se réinsérer socialement et d'éviter l'institutionnalisation, après un épisode de maladie... Il s'ensuit que des actions à plusieurs niveaux doivent être développées dans le champ du travail... »
(Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1986).

La dynamique du travail peut autant produire du plaisir que de la souffrance et elle peut aussi jouer un rôle significatif sur sa propre estime par son apport de reconnaissance par les autres et son appartenance à un collectif.

La reconnaissance du travail.

« De la reconnaissance dépend en effet le sens de la souffrance. Lorsque la qualité de mon travail est reconnue, ce sont aussi mes efforts, mes angoisses, mes doutes, mes déceptions, mes découragements qui prennent sens. Toute cette souffrance n'a donc pas été vaine, elle a non seulement produit une contribution à l'organisation du travail mais elle a fait, en retour, de moi un sujet différent de celui que j'étais avant la reconnaissance. La reconnaissance du travail, voire de l'œuvre, le sujet peut la rapatrier ensuite dans le registre de la construction de son identité... Alors le travail s'inscrit dans la dynamique de l'accomplissement de soi. L'identité constitue l'armature de la santé mentale. »
(Dejours, 1998).

Les personnes vivant des problèmes de santé mentale identifient avec raison l'insertion au travail, comme une voie d'accès à l'identité, au réseau social et au recouvrement de la santé mentale. Et souvent, bien supportées dans leur stratégie de réinsertion, évoluant dans des milieux où la philosophie de gestion encourage l'autonomie décisionnelle, le soutien social au travail et la réduction des tensions, elles ont alors accès aux déterminants de la santé et du bien-être que peut aussi générer le travail.

Les dividendes du travail.

« Avec l'aide du personnel de l'organisme d'insertion, j'ai pu trouver l'emploi qu'il me fallait où j'ai eu mon identité dès la première journée. Un emploi où je suis respectée et où l'on reconnaît mes efforts. »
(Témoignage d'un utilisateur de services).

3.2. Les personnes en processus d'insertion

Depuis des décennies, les évidences se sont accumulées pour montrer qu'avec le soutien requis, une très forte proportion des personnes qui vivent des problèmes graves de santé mentale peuvent intégrer et maintenir un emploi sur le marché normal du travail.

Un processus à soutenir.

« Je suis de la première génération des personnes vivant des "troubles sévères et persistants" qui ne fut pas institutionnalisée. Aujourd'hui, avec le support de nombreux intervenants dévoués et impliqués dans différents services de réadaptation (centre de jour, logement social, suivi communautaire, insertion au travail), j'ai réussi à m'en sortir. La preuve c'est que je vis de façon autonome en appartement, et que je travaille comme tout le monde. »
(Témoignage d'un utilisateur de services, colloque sur la santé mentale et le travail, avril 1999).

Ces personnes ont un besoin évident de services. Les gestionnaires, planificateurs de programmes et les intervenants en insertion au travail en santé mentale, orientent dans la plupart des cas, leurs actions en fonction des intérêts et des besoins particuliers de ces personnes.

Celles qui vivent des problèmes de santé mentale et qui ont été exclues du marché, éprouvent de nombreuses difficultés « à reprendre pied ». Malgré un processus thérapeutique qui les amène à retrouver une certaine paix et une certaine réconciliation émotive, il leur restera à se rebâtir une identité, à se retrouver un rôle social. Faute d'assises pour y parvenir, les conséquences risquent d'être lourdes pour la personne et ses proches, le vide du quotidien s'accompagnant d'une émotion où l'anxiété se mêle à la honte.

L'insertion à une activité sociale productive offre un tremplin de choix pour entreprendre cette démarche vers la recherche d'un rôle et d'un lien avec le social et d'une stratégie d'intégration au réseau. Le milieu de travail s'avère le lieu par excellence pour une personne en pleine reconquête de sa citoyenneté (Dorvil et coll. 1997) et l'insertion au travail est une des finalités ciblées par cette stratégie visant à créer une rupture avec le seul support identitaire qu'amène la « maladie ».

La condition de malade...

« Ramenée à une série de symptômes et traitée comme telle, la personne malade se voit trop fréquemment isolée, coupée de ses liens, de son passé et de son environnement. C'est sa condition de malade qui prime. Peu engagée dans les décisions qui la concernent, elle est souvent peu informée, privée de l'exercice de ses rôles sociaux fondamentaux ou même lésée dans ses droits. »
(Politique de Santé Mentale, 1989).

Malgré leur disponibilité émotive et leur motivation à redevenir quelqu'un, quelque part, ces personnes ont perdu l'estime d'elles-mêmes, la confiance en elles et la confiance aux autres. Leurs habiletés sociales et leurs aptitudes fonctionnelles garantissant un certain « confort » relationnel et une certaine réussite en emploi se sont aussi détériorées.

Plusieurs de ces personnes se perçoivent comme un fardeau social. Elles se perçoivent comme un fardeau pour leurs proches et leur famille et souvent, leur réseau familial et affectif est en rupture ou à l'inverse, sollicité à outrance. Ces personnes qui souhaitent avoir accès au marché du travail pour se sentir *utiles, responsables, en relation avec d'autres, et « normales »*[9] transportent dans leur réseau en reconstruction et sur le marché du travail leurs visions d'elles-mêmes et leurs écorchures.

Ces individus subissent ces pressions sans pouvoir y réagir. Ils accusent réception des stress sans combattre, sans prendre de recul, sans remettre en question, sans communiquer. Victimes des tensions qu'ils intègrent dans une mesure proportionnelle à leur perception négative d'eux-mêmes, il leur devient impossible de retrouver une certaine paix émotive. À ce moment, la dépression ou la crise s'impose pour refaire l'équilibre, et le décrochage de l'emploi survient aussi abruptement que le disjoncteur d'une boîte électrique saute, évitant ainsi l'incendie général. Comme le rapporte l'A.Q.R.P. (1996a), *« l'expérience a montré qu'il est relativement facile pour ces personnes d'obtenir un emploi; la difficulté majeure est de le conserver! ».* Il sera ainsi d'autant plus important d'inscrire la démarche de soutien en emploi dans une perspective à long terme et de veiller à ce que l'aide offerte par les intervenants du réseau de la santé mentale, des organismes d'insertion, des familles et de proches, tienne compte de tous les aspects de la vie de la personne et de sa personnalité.

Le support intensif offert à cette démarche d'insertion est essentielle à sa réussite et par la suite, au maintien en emploi. La personne qui tente de se réintégrer au marché du travail et qui essuie des échecs répétés à le faire, augmentera d'autant ses difficultés à se reconnaître, à s'approprier un rôle et une fonction sociale utile. Ces échecs cumulés la convaincront de son inutilité et de son incapacité à être quelqu'un, quelque part. Les solutions qu'offrent ces cumuls d'échecs sont généralement assez catastrophiques sur la santé mentale[10] et parfois, sur la vie. D'où l'importance de proposer une stratégie d'action augmentant les chances de succès.

---

[9] C'est très souvent par rapport à ces objectifs que les personnes désirant participer à un programme de réinsertion illustrent leurs aspirations lors d'une entrevue d'admission.

[10] Soixante-quinze pour cent des lits occupés en psychiatrie le sont par des personnes qui ont été réadmises (Renaud, 1994). C'est le phénomène usuellement désigné comme : « syndrome de la porte tournante ».

3.3 Le fil d'Ariane

L'intervention de support à l'insertion des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale doit être éclairée par une volonté de responsabiliser la personne en processus d'insertion, non pas face à son passé et à sa souffrance, mais en fonction de son avenir et de son potentiel de travailleur et de travailleuse. Favoriser l'intégration au marché de l'emploi demande ainsi de s'éloigner d'une perspective médicale (Noble et Collignon, 1987, Accès-cible SMT, 1998) où priment les rapports médecin-patient, psychiatre-malade, hôpital-soigné, service-consommateur.

Les programmes novateurs pour favoriser l'intégration et le maintien en emploi des personnes vivant des troubles graves de santé mentale ont été bien documentés au cours de la dernière décennie. La littérature propose plusieurs recensions de la recherche sur les impacts des différents modèles d'intégration au travail (Tessier, Clément et Jobidon, 1992; Bond, 1992; Anthony, 1994; Lehman, 1995; Bond et coll., 1997; Bond, 1998); un écrit récent en propose une synthèse intéressante (Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, 1997). De plus, un numéro récent du *Psychiatric Rehabilitation Journal* (1998) a été consacré au modèle de placement et de soutien individualisé en emploi alors que l'A.Q.R.P. a été un précurseur pour diffuser, entre autres, le mouvement et le modèle européen sur les entreprises sociales (1994, 1996), celui sur les clubs d'emploi de type Fountain House (1997b) et les programmes de santé mentale pour lesquels travaillent des usagers à titre de pourvoyeurs de services (1997-1998).[11]

Selon Chandler et coll. (1999), deux approches principales ont marqué le développement des programmes encadrés de réhabilitation au travail ces trente dernières années. Le modèle type des emplois de transition (*transitional employment model*) s'inspire du modèle des clubs de type *Fountain House* et repose sur la croyance que le meilleur moyen d'accéder un jour au marché de l'emploi est de développer graduellement ses habitudes de travail afin de connaître des succès répétés dans des activités ou des milieux transitoires de travail de plus en plus exigeants. Le modèle type de recherche et de soutien à l'emploi (*supported employment model*) vise à remplacer les nombreux entraînements et évaluations liés au développement de l'employabilité par un placement rapide dans des emplois compétitifs en milieu de travail et en offrant les soutiens lorsque requis et aussi longtemps que nécessaire[12].

---

[11] L'objet du présent document n'est pas de reprendre ici une description des modèles que ces nombreux écrits ont documentés.

[12] Il existe des variations importantes de chacune de ces deux approches. Par exemple, Becker et Drake (voir Bond, 1998) proposent un modèle pour des personnes souffrant de troubles mentaux graves (*placement individualisé et soutien en emploi - Individual Placement and Support Model, IPS*) qui intègre les enseignements de la littérature, emprunte au modèle de soutien à l'emploi et à la perspective du modèle PACT. Chandler et coll. (1999) avancent quant à eux un modèle (*l'approche « menu » - Menu Approach*) qui combine des éléments de l'approche des emplois de transition et du modèle IPS. L'un et l'autre de ces modèles font empiriquement état de taux de placement et de maintien en emploi impressionnants même chez des personnes qui antérieurement, étaient placées dans des ateliers protégés.

Même s'ils s'éloignent régulièrement des modèles que la recherche a évalués, ces deux philosophies d'intervention se retrouvent dans les divers programmes en santé mentale et travail au Québec. Après avoir validé une typologie des programmes[13], Mercier et coll. (1999) ont établi que les 80 organismes qui ont participé à l'enquête *Impact-Travail* se caractérisent par une multiplicité de programmes et par la complexité de leur cadre organisationnel. Près de 60% des programmes disponibles sont surtout axés sur le développement de l'employabilité et n'offrent pas de contact avec le travail régulier; moins du 1/3 ont comme mission principale, l'intégration en emploi.

Il y a ainsi encore beaucoup de place au Québec pour étendre ou développer les initiatives qui ouvrent l'accès au marché du travail aux personnes qui vivent des problèmes graves de santé mentale. Le cumul des résultats positifs que rapportent un nombre de plus en plus grand d'études rigoureuses (voir entre autres la revue récente de Bond, 1998) et un nombre respectable, quoiqu'encore modeste, d'innovations et d'expériences concluantes mises en œuvre par des organismes québécois d'insertion au travail[14] doit nous inciter à y investir sérieusement. À la lumière de ces études et de ces expériences, nul ne peut plus ignorer le potentiel d'insertion et la capacité de travailler des personnes, même si elles présentent les plus sérieux problèmes. En plus des bénéfices évidents autant sur le plan psychologique, que sur les plans social et économique, les taux importants d'obtention et de maintien en emploi compétitif pour les uns, et en emploi alternatif[15] pour certains, nous indiquent la voie à suivre, à soutenir et à privilégier.

Même si les initiatives demeurent encore beaucoup trop sous-développées en raison d'un manque évident de ressources et d'une ferme volonté politique, les témoignages de personnes et les résultats heureux d'organismes d'intégration au travail d'ici montrent hors de tout doute qu'il existe une route royale à suivre : favoriser l'intégration en emploi d'une personne affectée de problèmes graves de santé mentale si tel est son désir.

Un organisme affichant année après année un taux de placement et de maintien en emploi de 60% auprès de personnes exclues du marché de l'emploi en raison de

---

[13] Programmes pré-emploi, Ateliers protégés, Centres de travail adaptés, Services d'apprentissage aux habiletés de travail, Services externes de main-d'oeuvre, Entreprises sociales (modèle allemand), Entreprises d'insertion, Coopératives de travail, Corporation intermédiaire de travail, Extensions de main-d'œuvre. Chaque type de programme s'accompagne d'une définition validée.

[14] Pour en identifier quelques-unes, à Montréal : Accès-Cible SMT, Angus, Arrimage, Atelier d'Artisanat du Centre-Ville, Cadre, Entreprise, Innova, Le Sextant, Projet PART... à Québec : L'Arbre, Le Pavois, Croissance-Travail, La Coterie, ... à Trois-Rivières : Le Centre d'Intégration au Travail... à Sherbrooke : Défi SM...en Montéregie: SDEM-Santé mentale...

[15] Un emploi dit « alternatif » est un emploi normal, salarié et assujetti aux lois et aux normes du travail. Il a été créé et il évolue dans un milieu de production de biens ou de services soumis à la compétivité et aux lois du marché. Cependant, l'entreprise créatrice d'emplois est généralement un organisme à but non lucratif; elle poursuit pour ce type d'emploi, des objectifs de productivité et de gestion en lien avec un plan et une stratégie d'insertion au marché régulier de l'emploi ou aux exigences s'y rapprochant. Ces entreprises sont, pour la majorité, des acteurs de l'économie sociale puisque entre autres, elles réinvestissent les profits qu'elles peuvent retirer de leurs activités de production de biens et de services, au soutien économique de leur mission sociale.

problèmes graves de santé mentale; une entreprise sociale qui réussit en à peine un an à négocier des contrats pour plus de un million de dollars auprès de clients très satisfaits de la qualité des produits usinés et qui surtout, procure un vrai travail et de vrais salaires à des dizaines de personnes; des services de production alimentaire, des cafétérias, un bureau d'immatriculation de véhicules automobiles, une fripperie, une usine de transformation de bois-d'œuvre, une manufacture de vêtements adaptés haut de gamme, des imprimeries etc., qui confèrent aux personnes un statut de travailleur; voilà autant d'exemples, parmi d'autres tout aussi probants, qui tracent le chemin.

De tels résultats sont attribuables au fait que des organismes et des individus ont cru résolument au potentiel d'intégration des personnes, qu'ils ont développé une expertise importante et qu'ils ont mis en application les principes et les conditions qui offrent de meilleures chances de succès pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes.

Au Québec, plusieurs (dont : A.Q.R.P., 1994, 1996a; Comité santé mentale-Volet travail de Québec, 1995; Comité santé mentale et travail de Montréal, 1995; A.C.S.M.-filiale de Montréal, 1995; Recherche Impact-Travail, 1997, 1998 et les bulletins d'information : 6 numéros, 1996-1998) se sont fait fort de diffuser ces principes et conditions. Ils ont en outre permis de mieux faire connaître les milieux dans lesquels se sont développés une expertise et un savoir-faire important. Un accent sur les préférences des usagers, une philosophie tournée sur l'atteinte du statut de travailleur, l'offre de choix diversifiés aux personnes, le respect de leurs décisions, l'offre d'un soutien continu, individualisé et sans limite de temps avant, pendant et après l'intégration au travail, un soutien d'ordre psychosocial, dans les autres sphères de la vie de la personne, le respect de leur rythme et la compréhension de leurs besoins particuliers et variables dans le temps figurent parmi ces conditions ouvrant les portes du succès.

Le retour à la réalité

« J'étais revenue dans la réalité, mais il fallait que je fasse face à cette même réalité. Ce qui n'était pas toujours évident. Le programme m'a permis de reprendre confiance en moi et surtout de réaliser que j'étais toujours en possession de mes capacités et de mes connaissances. Avec la perte d'estime de soi, on a tendance à oublier nos bons coups ainsi que nos capacités Cette démarche nous amène à prendre conscience par nous-mêmes que nous n'avons rien perdu de tout cela. Il fallait que j'aille vérifier à l'aide du stage si ma profession était vraiment devenue inadéquate par rapport à mes capacités, comme je le croyais. C'est là que le stage a pris tout son importance. Je réintégrais mon milieu et plus le temps passait et plus je m'y sentais à l'aise. » (Témoignage d'une ex-participante à un programme d'insertion).

Bachrach (1991) rapporte avec raison que le travail « offre un sentiment de réalisation personnelle et qu'aucune autre activité n'a un sens psychologique, social et matériel aussi complexe et aussi riche ». En priver les personnes aux prises avec des troubles mentaux ne peut plus durer : il est urgent de suivre ces défricheurs et de se mettre résolument à l'ouvrage pour paver pour nombre d'années le chemin de l'inclusion.

3.4. Un mouvement irréversible

Il faudra se rendre à l'évidence. Les autorités gouvernementales et les dirigeants des organismes publics, de qui dépendent une bonne part des efforts d'intégration des personnes démunies et marginalisées, n'ont plus d 'autre choix que de répondre aux attentes de milliers de personnes.

Nous avons collectivement atteint un tel niveau de maturité que si des moyens tangibles ne sont pas mis de l'avant dans un proche avenir, il faudra s'accuser d'avoir volontairement mis au rancart, dans des réseaux de grand désœuvrement et de misère, des dizaines de milliers de personnes qui sont nos proches, nos amis, nos voisins, nos collègues.

Nous savons que les personnes présentent un potentiel d'intégration que des interventions peuvent mettre à profit. Avec les personnes, nous sommes des milliers à être plus déterminés que jamais. Nous avons développé un savoir et une expertise qui ne demandent qu'à s'étendre. Partout au Saguenay, en Estrie, en Montérégie, à Laval, en Mauricie, à Montréal, à Québec..., des comités régionaux réunissant l'ensemble des groupes d'intervention concernés par l'insertion au travail en santé mentale (organismes communautaires, organismes institutionnels, groupes d'utilisateurs de services, gestionnaires de programmes gouvernementaux...) prennent forme et d'autres sont déjà incorporés et s'activent à faire avancer le dossier.

Partout, dans chaque région, les attentes sont grandes pour qu'enfin se concrétisent ce qui est trop longtemps resté lettre morte. Le colloque *L'intégration au marché du travail : mode d'emploi* (ACSM, 1995) a contribué à inscrire le domaine du travail et de la santé mentale dans un processus irréversible. *Impact-Travail* (Mercier et coll., 1999) a permis de mobiliser durant trois ans à travers une démarche de recherche-action en santé mentale et travail au-delà de 1200 personnes et ses colloques régionaux ont connu un succès fulgurant. Un colloque en avril 1999 à Trois-Rivières[16] a mis durant deux jours au travail 600 acteurs de tous les milieux de la santé mentale et du travail; ces personnes se sont engagées, individuellement et collectivement, à poser des gestes concrets pour favoriser l'intégration au travail des personnes.

Ces événements ont enhardi les attentes et insufflé une énergie qui ne demandent qu'à converger.

Comme société, il ne nous est pas permis de décevoir ces aspirations légitimes. Il est plus que temps de donner suite aux propositions convergentes qui ont maintes fois été réitérées en ce qui concerne l'appui à donner à l'intégration au travail des personnes affectées par des problèmes graves de santé mentale (voir entre autres : A.C.S.M.-filiale de Montréal, 1995a; 1995b; Comité santé mentale et travail de Montréal, 1995; comité de la santé mentale-volet travail de Québec, 1995; A.Q.R.P., 1996, 1997a;

[16] Des 600 personnes réunies, il y avait 200 utilisateurs de services, environ 75 militants des centrales syndicales, des employeurs, des chercheurs et bien sûr des intervenants en santé mentale des milieux communautaires et institutionnels.

Bouchard et coll., 1996; Mercier et coll., 1998, 1999; Colloque provincial sur la santé mentale et le travail, 1999.).

Il est urgent d'agir. L'avenir de trop de personnes en dépend.

3.5. De la solidarité sociale au pouvoir économique

La rentabilité sociale de l'insertion fait consensus chez l'ensemble des partenaires. Pour ce qui est de la rentabilité économique, un doute subsiste et certains s'opposent même à son évaluation, prétextant la non-pertinence de la rentabilité économique en regard de notre responsabilité collective face à l'exclusion.

Rentabilité économique, sûrement ! Rentabilité sociale, assurément !

«Je venais de vivre un important épisode dépressif, et après deux mois d'hospitalisation, je logeais dans un minuscule appartement subventionné... le monde extérieur m'apparaissait terrifiant et je m'imaginais passer le reste de ma vie dans mon petit logement.... il est très difficile de comprendre et de se mettre à la place de quelqu'un qui souffre de maladie mentale. La maladie l'affecte au tréfonds de lui-même, de son identité, de son estime de soi, il n'est plus quelqu'un de normal pour lui-même et pour les autres. Depuis... 1988, je n'ai pas fait de séjour à l'hôpital pour cause de maladie mentale... j'ai travaillé la plupart du temps... j'ai passé à travers des épreuves qui auraient probablement abattu plus d'une personne dite normale... Une journée dans un département de psychiatrie coûte plus cher qu'un mois sur l'assistance sociale, et une personne qui travaille paie des impôts... Rentable les organismes d'insertion ?
(Témoignage d'un ancien utilisateur de services d'insertion en santé mentale,).

Conscients de la valeur sociale de l'insertion au travail et de son impact sur l'amélioration de la santé mentale, sur la diminution des hospitalisations et de la consommation des services psychosociaux et médicaux comme le soulignent plusieurs auteurs[17], peu de travaux existent sur les coûts engendrés par les dépenses de financement des programmes, sur les coûts évités par l'intervention d'insertion et sur les bénéfices rapportés par l'intégration et le maintien à l'emploi des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Les clubs psychosociaux de travail ont depuis longtemps compris que l'annonce de l'efficience économique de leurs programmes est un argument qui motive la fierté des membres, qui stimule d'autres acteurs à ouvrir de nouveaux centres et qui favorise

[17] Voir en autres, les travaux de Barchrach (1991), Hyppolite (1997), Vincelette (1995), Tessier, Clément et Jobidon (1992), ainsi que différents rapports du Comité de la santé mentale du Québec (1986, 1989), des extraits de la Politique de la Santé Mentale du Québec (1989) et de la Politique de la Santé et du Bien-Être du Québec (1992).

l'obtention de deniers publics[18]. Des recherches récentes commencent à leur tour à rapporter des résultats quant aux heures travaillées et aux revenus gagnés par les participants à des programmes d'intégration au travail (voir par exemple : Chandler et coll., 1999, McHugo et coll., 1998).

Wagener-Jobidon (en préparation) rapporte des données précises de l'Association nationale des entreprises sociales en Allemagne (BAG; données présentées dans leur bulletin de mars 1998) faisant état de la grande efficience économique de ces entreprises. Ces entreprises sociales, de type PME, visent à réussir financièrement tout en employant à salaire, dans de réels emplois, avec un soutien, des personnes ayant des incapacités, dont les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves que l'on classerait au Québec comme présentant des contraintes sévères à l'emploi (soutien financier). Dans ce pays, une entreprise sociale reçoit en moyenne environ 25 000$ en diverses subventions pour chaque employé ayant une incapacité. En même temps, 45% de cet argent retourne à l'état sous forme d'impôts et de contributions sociales, soit en moyenne 11 500$, ce qui réduit le coût véritable par personne à 13 500$ ». Dans ce pays, cet investissement représente à peine le tiers des coûts associés au placement d'une personne dans un atelier protégé et moins de 30% de ce qu'il en coûte pour une personne sans emploi qui connaît une hospitalisation.

Plus près de nous, en ce qui concerne les personnes vivant des problèmes graves de santé mentale, un organisme d'insertion en santé mentale, membre de l'A.Q.R.P., a récemment travaillé à l'analyse économique de son intervention et plus particulièrement, des retombées de celle-ci, en termes de bénéfices économiques (Accès-Cible SMT, 2000).

Ainsi on nous apprend que pour une année témoin, parmi les 80 personnes ayant utilisé les services de l'organisme, plus de la moitié de celles-ci, soit 44 personnes, travaillent dans des emplois compétitifs une année plus tard.

Au cours de l'année précédant leur admission au programme, ces 80 personnes ont utilisé pour 220 000$ de prestations de la sécurité du revenu ou de l'assurance-emploi. Or à elle seules en une année, les personnes qui travaillent ont retourné aux finances publiques, via les déductions prélevées sur leurs salaires (impôts et diverses contributions aux programmes sociaux), plus de 240 000$.

Il s'agit là d'un renversement spectaculaire ! Plutôt que d'être dépendantes de l'État, ce sont maintenant les personnes réintégrées qui retournent des sous aux finances publiques.

De plus, l'analyse démontre, tout livre ouvert, qu'au cours de la même année, l'organisme ayant reçu 615 000$ de subventions gouvernementales, en retourne environ 179 000$ (29%) aux finances publiques via les contributions à la source

[18] Peu importe qui présente son club psychosocial, un membre, un intervenant ou un dirigeant, on décrit toujours son centre en vantant combien de personnes sont actuellement en emploi, combien d'heures elles ont travaillées l'année précédente et combien de revenus elles ont obtenus. Ceci a pu s'observer lors du congrès l'*International Center for Clubhouse Development* qui s'est tenu à Toronto à l'automne 1999 et qui a réuni 1000 participants d'une trentaine de pays dont 500 usagers.

retenues sur le salaire de son personnel et les taxes sur les intrants absorbées au niveau des frais généraux de ses opérations. Le total net des subventions reçues est donc de 436 000 $[19].

L'analyse remet en perspective ce financement net, en y déduisant les dépenses que l'intervention évite (total des prestations épargnées des 44 personnes réintégrées) et en considérant les contributions retenues sur les salaires gagnés par ces mêmes personnes, au cours de l'année fiscale où s'est réalisée l'intervention. Le financement net de 436 000$ est alors ramené à aussi peu que 256 500$, ce qui représente l'investissement réel de l'État pour une année.

Après trois ans pour cette cohorte, toujours en considérant les déductions à la source prélevées sur les salaires des personnes réintégrées et les coûts évités au seul chapitre du soutien du revenu de ces personnes, l'État aura récupéré jusqu'à sept fois son investissement réel dans le programme d'intervention.

Toujours dans la même perspective visant à mesurer l'ampleur de l'impact économique de l'insertion au travail, l'analyse remonte le temps pour considérer qu'au cours des dix dernières années, soit entre 1990 et 2000, l'intervention de l'organisme a favorisé l'insertion et le maintien en emploi de 242 personnes (estimation conservatrice).

Au cours de l'année 2000, ces 242 personnes gagneront ensemble autour de 5 millions en salaires, elles contribueront pour 1 300 000$ aux finances publiques, et leur évolution sur le marché du travail évitera 700 000$ en dépense de prestation au soutien du revenu[20]. L'intervention de ces dix dernières années, nous enrichit donc collectivement de 2 000 000$ au cours de l'année 2000.

L'investissement enfin, en plus de rapporter sept fois la mise en trois ans, évite de déployer un ensemble de services sociaux et de santé que n'utilisent plus ces personnes qui ont migré de l'identité de personnes vivant des troubles mentaux graves à celle de travailleurs. L'exercice comptable de l'organisme montre qu'à lui seul, l'évitement des hospitalisations permet d'épargner plus de deux fois l'investissement réel accordé à l'organisme durant une année.

Nous pouvons donc considérer que l'investissement dans les mesures d'insertion au travail qui se soldent par l'obtention et le maintien d'un emploi, rapportent de façon

---

[19] Une telle méthode de calcul a été validée par une équipe de recherche de l'UQAM en collaboration avec quatre Corporations de développement économique et communautaire (CDEC) de la région de Montréal. Cette recherche porte sur l'impact socio-économique des organismes communautaires et du secteur de l'économie sociale dans quatre arrondissements de la Ville de Montréal (Mathieu et coll., 1995, et édition révisée à paraître au printemps 2000).

[20] Pour éviter toute mention éventuelle à une exagération des sommes non versées par l'État sous forme de prestations aux personnes qui travaillent et des sommes qui sont retournées à l'État sous forme de déductions à la source sur les salaires, et tenant compte de l'évolution du nombre d'utilisateurs de services au cours des dix années références, les montants réels « épargnées » ont été volontairement coupés de moitié dans l'exercice comptable présenté par l'organisme.

exponentielle en fonction de la sévérité des contraintes que vivent les personnes en regard de l'emploi.

Dans le champ spécifique de l'insertion au travail des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale, l'État assume la multiplication des pertes et de dépenses lorsqu'il n'agit pas. À l'inverse, chaque dollar qu'il y investit lui évite d'en débourser plus de deux en services sociaux et de santé et lui en rapporte sept, trois ans plus tard.

L'insertion au marché régulier du travail rapporte des dividendes. Investir dans les mesures et les programmes permettant un parcours vers l'emploi et le développement de l'employabilité dans des cadres normalisants tout en rapprochant les personnes du marché régulier, évite des dépenses en coûts sociaux et de santé.

Actuellement, il existe un besoin criant de recherches traitant de ce qu'il nous en coûte collectivement au niveau des services sociaux et de santé lorsque nous n'investissons pas dans la réadaptation et l'insertion au travail des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale et des contraintes sévères à l'emploi.

L'évaluation rigoureuse des coûts économiques et sociaux étant un processus complexe, peu s'y sont risqués comme en témoigne le quasi-mutisme de la littérature sur le sujet. Au Québec actuellement, le Centre d'Intégration au Travail à Trois-Rivières travaille entre autres, à cette analyse, conjointement avec le Centre de recherche de l'hôpital Douglas. L'évidence nous démontrera que l'émigrant du pays de la folie[21], provenant des plus lointaines contrées de l'exclusion, alors qu'il migre du statut d'individu marginalisé à celui de travailleur pour redevenir un citoyen « merveilleusement ordinaire » produit un impact social et économique percutant et extraordinairement rentable sur tous les plans.

De l'épanouissement à la rentabilité

« L'intégration au travail constitue, avec le logement, un facteur primordial d'épanouissement et de réinsertion sociale pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants. Il est permis de penser qu'intervenir pour favoriser une telle intégration est un investissement qui rapporte à la société, en diminuant, par exemple, l'utilisation des ressources sociales et de santé. »
(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998).

[21] Voir Cailloux-Cohen et Vigneault (1997) pour une remarquable description de cette émigration.

4. Nos recommandations

Depuis la commission parlementaire tenue en 1988 et portant sur le projet de loi qui a donné naissance à la **Politique de la Santé Mentale du Québec**, une des revendications centrales et traditionnelles des organismes d'insertion au travail en santé mentale, des gestionnaires et des planificateurs de programmes, des porte-parole des ministères et des organismes gouvernementaux et **des personnes elles-mêmes, a été régulièrement et unanimement réaffirmée**.

Cette recommandation a soulevé **la nécessité de consolider l'intersectorialité ministérielle** afin que l'ensemble des ministères concernés par l'emploi, par la formation scolaire et professionnelle, par la sécurité et le soutien du revenu, par le développement régional et par la santé et les services sociaux, agissent de façon concertée en vue de favoriser **l'insertion au travail des personnes qui en sont exclues à cause de problèmes de santé mentale**.

Aujourd'hui, en ce début de l'an 2000, nous sommes tentés de réitérer à nouveau cette recommandation. Cependant, nous considérons qu'elle est bien connue d'autant plus **qu'elle fait l'objet d'un large consensus** autant chez les porteurs de la revendication que chez les décideurs des politiques sociales et de santé.

L'intersectorialité interministérielle, c'est comme de la tarte aux pommes : tout le monde l'aime, tout le monde en veut et tout le monde se promet d'en faire un jour ou l'autre. Par ailleurs, pour les personnes mobilisées par leur projet d'insertion, les généreuses pointes de concertation virtuelle qui se cuisinent plus haut, atterrissent souvent sur le terrain sous la forme de pépins.

Les déficits de collaboration, de partenariat et de concertation entre les différents ministères alors qu'ils en exigent tous un très haut niveau de la part de leurs contractants communautaires, **s'ajoutent aux nombreuses autres barrières** qui freinent, endiguent ou limitent la volonté et la détermination des personnes.

La démarche dans laquelle s'inscrit aujourd'hui l'**A.Q.R.P.**, ne vise pas ni à renouveler des vœux envers la concertation et l'intersectorialité ministérielle, ni à réaliser des rêves éveillés où se cultive l'entraide et s'évaporent les préjugés, ni à réciter un nouvel acte de foi envers une société plus équitable et plus solidaire envers les exclus.

L'A.Q.R.P. soumet des objectifs de mobilisation et de solidarité sociale, tout en proposant des principes et des actions qui forgeront des outils structurant les interventions et les processus d'insertion au marché du travail visant des personnes exclues à cause de problèmes de santé mentale.

Dans cette perspective, nous recommandons :

4.1. Sur le plan des objectifs

Premier objectif

Que notre déficit social d'inclusion en santé mentale et travail se traduise parmi les priorités gouvernementales **par une ferme préoccupation d'atteindre le « déficit zéro d'exclusion ».**

Deuxième objectif

Que l'**insertion au travail** des personnes vivant des problèmes de santé mentale soit installée dans le peloton de tête dans l'ordre **des priorités gouvernementales**, et en particulier au ministère de la Solidarité sociale, au ministère d'État au Travail et à l'Emploi, au ministère de l'Éducation et au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Troisième objectif

Que l'insertion au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale **soit établie comme une priorité dans la reconfiguration des services de santé mentale** du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour devenir une préoccupation **centrale de la gamme des services de traitement et de réadaptation en santé mentale**.

Quatrième objectif

Que les orientations gouvernementales en matière d'insertion au travail concernant les personnes vivant des problèmes de santé mentale, **accordent la priorité à l'insertion à l'intérieur d'emplois sur le marché régulier du travail**;
qu'elles favorisent simultanément la **création d'emplois alternatifs** visant à insérer des personnes qui vivent des contraintes plus sévères en regard de l'emploi;
qu'elles consolident les programmes et mesures permettant un parcours vers l'emploi et le développement de l'employabilité dans des cadres normalisants les rapprochant du marché régulier du travail.

Cinquième objectif

Que l'**insertion aux études des jeunes adultes** vivant des problèmes de santé mentale, devienne une préoccupation centrale dans l'ordre **des priorités du ministère de l'Éducation**.

Que les stratégies des personnes désirant s'insérer au marché du travail, passant par l'accès à des **formations scolaires et professionnelles qualifiantes** soient installées dans le peloton de tête **dans l'ordre des priorités ministérielles**, et en particulier au ministère de l'Éducation, au ministère d'État au Travail et à l'Emploi, au ministère de la Solidarité sociale, et au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Sixième objectif

Que les entreprises, les associations patronales et les syndicats soient interpellés et **politiquement incités à contribuer activement à la réinsertion et au maintien en emploi** des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

4.2. Sur le plan des principes

Premier principe

Que les personnes concernées soient aux rênes de toutes les décisions qui les affectent et que toute orientation, politique, programme, mesure ou service soit établie dans une perspective d'***empowerment*** **de la personne**.

Deuxième principe

Que les personnes puissent accéder à une activité de **travail près de leur milieu de vie.**

Que chaque région soit dotée d'un éventail de ressources **permettant l'accès à une activité de travail répondant aux besoins des personnes** y compris l'accès à un emploi sur le marché régulier du travail.

Troisième principe

Que les personnes qui sont engagées dans une démarche de retour à une activité de travail **soient assurées d'avoir accès à toutes les formes de traitement et de support qu'elles considèrent avoir besoin**.

Qu'elles puissent évoluer dans l'éventail des ressources sans être pénalisées.

4.3. Sur le plan des actions

Recommandation 1

Que le gouvernement québécois invite son ministère de la Santé et des Services sociaux à exercer un leadership envers les autres ministères en regard de la problématique de l'insertion au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale, et que cette position stratégique prenne appui sur **une orientation portant un objectif d'insertion au travail comme finalité ou encore, comme perspective à offrir à l'intérieur des services de traitement et de réadaptation en santé mentale**.

Dans la perspective de faire avancer ce mandat, que le ministère de la Santé et des Services sociaux soit appuyé par le travail **d'un comité interministériel spécifiquement consacré à cette mission.**

Que ce comité interministériel d'appui au ministère **développe des assises dans chacune des régions du Québec, c'est-à-dire par l'intermédiaire de comités régionaux de concertation** où il sera dressé un portrait de l'état de situation concernant l'insertion au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale **et mis en place, un plan de développement des ressources et infrastructures nécessaires à l'atteinte des objectifs**.

Recommandation 2

- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **augmente son effort vis-à-vis les mesures d'intégration au travail qui se situe actuellement à 17 millions, en révisant à la hausse ses investissements en fonction des besoins des personnes.**

- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **soutienne et consolide les entreprises et les organismes d'insertion au travail ciblées par les comités de concertation régionaux** et capables de mettre à profit les atouts, les intérêts, les aspects positifs, les habiletés et les forces des personnes dans une approche de développement pouvant favoriser l'accès au marché du travail.

- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **soutienne et consolide les organismes détenant une expertise au niveau de l'insertion au travail dans la réalisation de mesures qui débouchent sur des acquis formateurs et reconnus et qui rapprochent les participants du marché du travail**. Il faut à ce titre miser sur les **organismes communautaires** qui ont, au fil des ans, développé une **expertise dans l'aménagement de programmes et de mesures appropriés et efficaces**.

- Que le ministère de la Santé et des Services sociaux **augmente son effort en particulier dans les régions les plus « sous-développées » où il y a pénurie ou absences de services d'insertion au marché du travail.**

Recommandation 3

Que l'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.) offre une place privilégiée aux personnes vivant des problèmes de santé mentale et qui constituent une population **fortement sous-représentée actuellement à l'intérieur de ses cibles d'intervention**.

Que l'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.) **lève l'obstacle d'invalidation des personnes**, les obligeant à démontrer « un handicap du psychisme » et les contraignant ainsi à re-médicaliser leur projet d'insertion pour se qualifier à un financement d'appui à cette démarche;
qu'en collaboration avec les organismes experts dans l'intégration au travail en santé mentale, l'O.P.H.Q. développe un **nouveau cadre d'évaluation des références** qui tienne compte des **besoins et des attentes des personnes** et qui vise principalement : la **remise en valeur du potentiel, la consolidation des qualités et des habiletés transférables, « l'*empowerment* » et la normalisation**.

Que **les fonds destinés aux mesures d'insertion visant les personnes vivant des problèmes de santé mentale** et qui seraient éventuellement transférés à Emploi-Québec, **demeurent exclusivement disponibles à ces personnes.**

Recommandation 4

- **Que le ministère d'État au Travail et à l'Emploi privilégie ses interventions envers les personnes** ayant des troubles mentaux graves en favorisant des parcours d'insertion et des formations professionnelles qualifiantes, adaptés en fonction de la problématique de ces personnes et en collaboration étroite avec ses partenaires externes.

- **Qu'Emploi-Québec reconnaisse l'expertise des organismes spécialisés** en insertion au travail et en santé mentale, **en leur confiant le leadership de l'intervention** au niveau entre autres : de l'évaluation, de l'élaboration des parcours, de la planification, de la gestion et de la réalisation de l'intervention.

- **Qu'Emploi-Québec offre aux personnes,** le droit d'accès à des services spécialisés au niveau du suivi et du maintien en emploi, de la formation professionnelle et du support à la recherche d'emploi; **qu'il reconnaisse ainsi, le droit à l'essai et à l'erreur**.

- Que conformément à **sa mission et à son discours qui, à l'heure actuelle se situe en contradiction avec un timide investissement** de 3.2 millions auxquels s'ajoutent 1.7 millions provenant du Comité d'adaptation de la Main-d'Oeuvre (CAMO) pour personnes handicapées, **que l'effort du ministère d'État au Travail et à l'Emploi, associé à celui de son vis-à-vis fédéral, soit bonifié à la hauteur des besoins des personnes**.

- Qu'une **représentation des intérêts des personnes** vivant des problèmes graves de santé mentale soit assurée dans les différentes instances consultatives d'Emploi-Québec, tant au niveau provincial qu'au niveau régional.

- Que soit mis en place **un processus de formation des différentes intervenants relevant d'Emploi Québec et de la Sécurité du Revenu et ce, en collaboration avec les comités régionaux de concertation et basé sur les particularités et les besoins de la clientèle.**

Recommandation 5

Que le Comité d'adaptation de la main-d'oeuvre (CAMO) pour personnes handicapées offre une place privilégiée aux personnes vivant des problèmes de santé mentale et qui constituent une population **fortement sous-représentée actuellement à l'intérieur de ses cibles d'intervention**.

Que le CAMO **lève l'obstacle d'invalidation des personnes**, les obligeant à démontrer « une déficience du psychisme » et les contraignant ainsi à re-médicaliser leur projet d'insertion pour se qualifier à un financement d'appui à cette démarche;
qu'en collaboration avec les organismes spécialisés dans l'intégration au travail en santé mentale, le CAMO développe un **nouveau cadre d'évaluation des références** qui tienne compte des **besoins et des attentes des personnes** et qui vise principalement : la **remise en valeur du potentiel, la consolidation des qualités et des habiletés transférables, « l'*empowerment* » et la normalisation**.

Recommandation 6

Que le ministère de la Solidarité sociale devienne un défenseur des intérêts et des actions favorisant l'insertion des personnes vivant des problèmes de santé mentale, **en sécurisant leur soutien du revenu** et en encourageant leur volonté de réinsertion leur reconnaissant ainsi, **un droit à l'essai et à l'erreur**.

Que le programme de la sécurité du revenu offre aux personnes, **le droit d'accès à des services spécialisés** d'insertion sociale et professionnelle en santé mentale et travail.

Que les personnes désirant retourner aux études soient encouragées à le faire, **en conservant leurs prestations sans devoir quitter la sécurité du revenu pour accéder au régime des prêts et bourses.**

Que l'investissement du ministère de la Solidarité sociale, actuellement de 2 millions, soit révisé à la hausse, afin d'appuyer les projets d'insertion où s'impliquera un plus grand nombre de personnes, et **dans la perspective d'ouvrir un accès plus significatif aux propositions innovatrices de créations d'emploi interpellant le partenariat des différents Fonds disponibles.**

Recommandation 7

Que le ministère de la Solidarité sociale et le ministère des Régions responsable du développement régional privilégient l'accès aux différents Fonds (Fonds de lutte à la pauvreté, Fonds d'économie sociale, Fonds de développement régional...) visant la création d'emplois sur le marché compétitif et la création d'emploi alternatifs impliquant des projets d'insertion au travail **des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et pour certaines, des contraintes sévères à l'emploi.**

Qu'en ce sens, les programmes gouvernementaux s'appuient sur la **consolidation de leur rapport de confiance** avec les milieux d'intervention, les encourageant à **tester des idées, à répondre rapidement aux occasions qui se présentent, et en les soutenant à prendre les risques acceptables qu'exige l'entrepreneurship social**.

Qu'en ce sens, **soient soutenus et consolidés les entreprises et les organismes d'insertion au travail** capables de mettre à profit les atouts, les intérêts, les aspects positifs, les habiletés, les forces des personnes **dans une approche de marketing social**.

Que ces **ressources communautaires** soient considérées comme des partenaires à part entière dont **l'expertise est unique** et qui ont développé au Québec des méthodes **d'approche globale à la situation des exclus du marché du travail.**

Que soit mis en priorité le développement d'organismes d'insertion dans les régions souffrant d'une pénurie ou d'une absence de services.

Recommandation 8 :

Que le **ministère de l'Éducation** favorise l'insertion aux études des **jeunes adultes qui vivent de graves problèmes de santé mentale**.

Que le ministère de l'Éducation encourage le partenariat entre Emploi-Québec, les commissions scolaires et les organismes d'insertion au travail afin de **multiplier les offres de services au niveau du rattrapage scolaire, de la formation générale et professionnelle**.

Que ses offres de services proposent, à partir d'une approche intégrée aux interventions d'insertion développées par les organismes du milieu, **un ratio professeur/étudiant plus favorable, la présence continue de professeurs titulaires facilitant le cheminement des personnes, des services d'orientation et d'accompagnement adaptés, attentifs et respectueux des besoins spécifiques des personnes.**

Que ses offres de services adaptés d'éducation et de formation soient reconnus par les commissions scolaires et le ministère, **par l'obtention de grades et de diplômes officiels et normalisants**.

Que le ministère de l'Éducation engage un **processus de recherche et de consultation pour** documenter la situation des jeunes adultes vivant des problèmes graves qui sont à risque d'exclusion des études ou qui désirent retourner aux études, pour identifier les obstacles à l'insertion aux études et pour identifier puis mettre en application les moyens et les mesures devant faciliter l'insertion aux études.

Recommandation 9

Que les personnes concernées et les organismes d'insertion regroupés autour des Comités Santé Mentale et Travail qui s'implantent actuellement dans les régions du Québec et qui sont à centraliser leurs revendications à l'intérieur entre autres, d'un Comité Santé Mentale et Travail national, soutenu et supporté par l'A.Q.R.P., **deviennent les interlocuteurs privilégiés dans la reconfiguration des orientations gouvernementales et dans la réingénérie des approches, des modes d'interventions et des services.**

Que le comité national et les comités régionaux soient significativement représentés à l'intérieur du comité intersectoriel d'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux et à l'intérieur des comités régionaux de concertation.

Recommandation 10

Que dans la revalorisation de l'effort intersectoriel et interministériel visant l'insertion au travail en santé mentale, l'investissement gouvernemental soit révisé à la hausse en fonction des besoins des personnes.

5. Bibliographie

ACCÈS-CIBLE SMT. (1996). Paroles de l'exclusion, démarches d'insertion. Montréal, 30 pages.

ACCÈS-CIBLE SMT, (1998a). Rapport annuel 1997-1998. Montréal, 29 pages et annexes.

ACCÈS-CIBLE SMT. (1998b). Dix ans à faire renaître la confiance ! Montréal.17 pages.

ACCÈS-CIBLE SMT. (2000). Soutenir l'insertion en santé mentale : un geste de solidarité sociale, un investissement économique rentable. Montréal. 12 pages et annexes.

ANTHONY, W.A., (1994). Characteristics of People with Psychiatric Disabilities that Are Predictive of Entry into the Rehabilitation Process and Successful Employment. Psychosocial Rehabilitation Journal, 17 (3) : 3-13.

ANTHONY, W.A. & JANSEN, M.A., (1984). Predicting Vocational Capacity of the Chronically Mentally Ill : Research and Policy Implications. American Psychologist, 34 (5) : 537-544.

ANTHONY, W. A, COHEN, M, R. & FARKAS, M., (1990), Psychiatric Rehabilitation, Center for Psyciatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston Unversity, MA, USA. 283 pages

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE-FILIALE DE MONTRÉAL, (1995). Travail et santé mentale. L'intégration au marché du travail : mode d'emploi. Actes du colloque du 4 mai 1995. Montréal, 173 pages.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE. (web). Combien de personnes sont atteintes de maladies mentales? In : www.reseau-canadien-sante.ca .

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. (1994). Pleins feux sur l'intégration au travail. Le Partenaire, 3 (4) : 1-12.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. (1996a). Document d'orientation à propos de l'intégration au travail et de la sécurité du revenu des personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants. Un résumé en a été présenté dans Le Partenaire, 4 (4) : 1-8, hiver 1996.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. (1996b). Les entreprises sociales en Allemagne. Le Partenaire, 5 (3) : 1-9.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. (1997a). Le cercle positif de la réadaptation psychosociale : le cas du modèle club de type Fountain House. Par Michèle Clément et Vesta Wagener-Jobidon. Le Partenaire, 5 (4) : 1-7.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. (1997b). Le livre vert sur la réforme de la sécurité du revenu : un parcours vers l'insertion, la formation et l'emploi. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales. Mémoire colligé par Gilles Lauzon et Catherine Vallée. Québec, 25 pages.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE (1997-1998). Les usagers comme pourvoyeurs de services. Compte-rendu par Vesta Wagener-Jobidon. Le Partenaire, 6 (3-4) : 1-12.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. (1998). Le travail demeure une grande préoccupation des usagers. Article rédigé par Guy Lemieux, Le Partenaire, 7 (1-2) : 4.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. (en préparation). Les entreprises sociales en Allemagne et leur apport pour l'intégration des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Document de travail : textes choisis et traduits pour l'A.Q.R.P. par Vesta Wagener-Jobidon . Québec, 70 pages.

BACHRACH L. L.. (1991) . Perspectives on Work and Rehabilitation. Hospital and Community Psychiatry, 42 (9) : 890-891. p. 1457.

BECKER, D.R. & DRAKE, R.E. (1994). Individual Placement and Support. Community Mental Health Journal, 30 (4) : 193-206.

BECKER, D.R., DRAKE, R.E., FARABAUGH, A. & BOND, G.R., (1996). Job Preferences among People with Severe Psychiatric Disorders Participating in Supported Employment. Psychiatric Services, 47 : 473-475

BECKER, D.R., BEBOUT, R.R. & DRAKE, R.E., (1998). Job Preferences of People with Severe Mental Illness : A Replication. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22 (1) : 46-50.

BELL, M.D., MILSTEIN, R.M. & LYSAKER, P.H. (1993). Pay as an Incentive in Work Participation by Patients with Severe Mental Illness. Hospital and Community Psychiatry, 44 : 684-686.

BELLEROSE, C., LAVALLÉE, E. & CAMIRAND, J., (1994). Enquête sociale et de santé 1992-1993. Faits saillants. Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 72 pages.

BOND, G.R., (1992). Vocational Rehabilitation. In : R.P. Liberman (Ed.), Handbook of Psychiatric Rehabilitation. New York , Macmillan : pp. 244-263.

BOND, G.R., (1998). Principles of the Individual Placement and Support Model : Empirical Support. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22 (1) : 11-23.

BOND, G.R., DRAKE,R.E., MUESER, K.T. & BECKER, D.R., (1997). An Update on Supported Employment for People with Severe Mental Illness. Psychiatric Services, 48 : 335-346.

BOUCHARD, C., LABRIE, V., NOËL, A., (1996). Chacun sa part. Rapport de trois membres du comité externe de la réforme de la sécurité du revenu. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (1979). Rapport annuel 1979, Genève.

BURNONVILLE, F., (1999). Détresse psychologique au travail, syndrome du survivant et usure mentale. Intervention, No 109. (Avril).

CASTEL, R., (1996). Travail et utilité au monde. Revue internationale du travail, 135 (6).

CHANDLER, D., LEVIN, S. & BARRY, P. (1999). The Menu Approach to Employment Services : Philosophy and Five-Year Outcomes. Psychiatric Rehabilitation Journal. 23 (1) : 24-33.

COLLOQUE PROVINCIAL SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL (1999). Synthèse inédite des chantiers de travail et engagements individuels et collectifs. Colloque tenu à Trois-Rivières en avril 1999.

COMITÉ D'ADAPTATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE POUR PERSONNES HANDICAPÉES (web). www.differenceemploi.com/.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, (1994). Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale. Les Publications du Québec, 60 pages.

COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE. (1987). Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec. Gouvernement du Québec : MSSS. 185 pages.

COMITÉ SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL DE MONTRÉAL, (1995). Document d'orientation, Montréal. 14 pages.

COMITÉ SANTÉ MENTALE VOLET TRAVAIL-RÉGION 03 (1995). Un nouvel axe de services en intégration-réintégration socio-professionnelle en santé mentale dans la région 03 : des besoins identifiés vers la création d'un continuum de services correspondants, Québec. 21 pages

DEJOURS, (1995). Le facteur humain. PUF. Que sais-je? Paris.

DEJOURS, (1998). Souffrance en France. La banalisation de 'injustice sociale. Seuil, Paris.

DORVIL, H., GUTTMAN, H. A., RICARD, N. & VILLENEUVE, A., (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Le Comité de la santé mentale du Québec. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 264 pages.

DORVIL, H. & MORIN, P. (2000). Le logement et le travail comme déterminants de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale. Le Partenaire, 8 (2) : 14-15.

DRAKE, R.E., (1998). A Brief History of the Individual Placement and Support Model. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22 (1) : 3-7.

EMPLOI-QUÉBEC, (1999). Rapport annuel de gestion. Ministère de la Solidarité sociale, Gouvernement du Québec, 43 pages.

HYPPOLITE, M. Les facteurs de réussite de la réinsertion professionnelle des personnes ayant eu des problèmes de santé mentale, Mémoire de Maîtrise en sciences de l'éducation, U.Q.A.M., 1997.

IMPACT-TRAVAIL (1996-1998). Bulletin d'information. Bulletin fait dans le cadre de la recherche-action provinciale sur l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Six numéros produits.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). Répartition des chômeurs selon la raison de la cessation du dernier emploi, compilations de nov. 1999. www.stat.gouv.qc.ca/donstat/marche_travail .

LANCASTER, BUTTLER & PILKINGTON, (1998). Workplace Stress : an Organisational Approach. In : Empowernet : www.empowernet.org.uk/employ/index.htm.

LECLERC, C., (1996). Étude de l'adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Revue Santé mentale au Québec, XXI (2) : 53-72.

LEHMAN, A.F. (1995). Vocational Rehabilitation in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21 (4) : 645-656.

MATHIEU, R., et Coll. (1995). L'impact socioéconomique des organismes communautaires et du secteur de l'économie sociale dans quatre arrondissements de la Ville de Montréal. UQÀM. 1995.

MCHUGO, G.J., DRAKE, R.E. & BECKER, D.R. (1998). The Durability of Supported Employment Effects. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22 (1) : 55-61.

MERCIER, C., PROVOST, G,. DENIS, G,. VINCELETTE, F, (1998). Rapport final de la recherche-action montréalaise sur l'intégration au travail des personnes vivant des problèmes de santé mentale. « Impact-Travail, Rapport final Montréal-Centre, volume 1 », Rapport déposé à la RRSSS-Montréal-Centre et à la Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas, 45 pages.

MERCIER, C., PROVOST, G,. DENIS, G,. VINCELETTE, F, (1999). Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Rapport final de la recherche-action « Impact-Travail », Verdun : Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 71 pages et annexes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1986). Pour une réflexion sur la santé mentale : la santé mentale à nous de décider. Éditeur officiel du Québec.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1989). La Politique de santé mentale, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SNTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). La politique de la santé et du bien-être du Québec. Éditeur officiel du Québec.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1998). Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. Gouvernement du Québec, 46 pages.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1999). Transformation des services de santé mentale. Rencontre de Madame Pauline Marois (...) et de Monsieur Gilles Baril (...) avec les partenaires en santé mentale. Gouvernement du Québec, 29 nov. 1999. 22 pages.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (web). www.msss.gouv.qc.ca.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ DU REVENU, (1995). Profil des personnes inscrites au programme soutien financier de l'aide de dernier recours. Profil no 8., Direction générale des politiques et des programmes, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Gouvernement du Québec. 37 pages.

MINISTERE DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (1999). Rapport statistique abrégé. Prestataires de l'aide sociale, Programmes APTE et Soutien financier. Produits par P. Gagné et J. Bernard, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Québec.

MINISTERE DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (web). www.mss.gouv.qc.ca/serper.

MURRAY, C.L. & LOPEZ, A.D., Eds. (1996). The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assesment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risks Factors in 1990 and Projected to 2020. World Health Organization, World Bank & Harvard University.

NOBLE, J.H.J., (1998). Policy Reforms Dilemmas in Promoting Employment of Persons with Severe Mental Illnesses. Psychiatric Services, 20(1) : 37-41.

NOBLE, J.H.J. & COLLIGNON, F.C. (1987). Systems Barriers to Supported Employment for Persons with Chronic Mental Illness. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11 (2) : 25-44.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, (web). Rapports annuels 1998-99, chapitre 3. www.ophq.gouv.qc.ca.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (1999). Programme de subventions aux centres de travail adapté : Tableau évolutif des personnes handicapées admissibles en emploi. Document transmis par l'OPHQ.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL, (1999). Rapport du directeur général : Un travail décent. Conférence internationale du travail, 87e session, juin 1999.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1995). La santé mentale dans le monde : problèmes et priorités des pays à faible revenu. Département de médecine sociale. Faculté de médecine de l'Université Harvard. Traduction d'un document publié par Oxford University Press, 1995 rendue possible par le CSMQ, l'hôpital Douglas et le Centre collaborateur OMS de Montréal.

PAGÉ, J.C., (1961). Les fous crient au secours, témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu, 2e édition, Montréal, Editions du Jour, 156 pages.

PSYCHIATRIC REHABILITATION JOURNAL, (1998). Special Issue on Supported Employment. Guest Editor : Robert E. Drake, 22 :1.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES NON-INSTITUTIONNELLES EN SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC, (1999). Le transfert du service de réadaptation socioprofessionnelle du Centre hospitalier Robert-Giffard aux organismes communautaires. Québec, 71 pages.

RENAUD, M., (1994). Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé. Interface, no 15, mars-avril.

RESEAU DE CONSULTATION SUR LA SANTÉ MENTALE FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL, (1997). Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale, Examen de la documentation. Unité de recherche sur les systèmes de santé. Institut psychiatrique Clarke, Santé Canada (1998) : Chapitre 7 : Programmes d'éducation et d'emploi, pp. 107-119.

RIBEIRO, K. L., (1999). The Labyrinth of Community Mental Health : In Search of Meaningful Occupation. Psychiatric Rehabilitation Journal, 23 (2) : 143-152.

ROGERS, E.S., (1998) To Work or not to Work : That is not the Question. Journal of Psychosocial Nursing, 36(4) : 42-48.

ROGERS, E.S., SCIARAPPA, K & ANTHONY, W.A. (1991). Development and Evaluation of Situational Assesment Instruments and Procedure for Persons with Psychiatric Disability. Vocational Education and Work Adjustment Bulletin, 24 (2) : 61-67.

STATISTIQUE CANADA, 1999a. Le Canada en statistiques : Bénéficiaires d'assurance-emploi selon le genre de prestations. CANSIM, matrice 5705. www.statcan.ca/français/Pgdb/People/Labour/labor13 .

STATISTIQUE CANADA, 1999b. Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, chapitre 75 : Dépression, pp. : 313-319. Complément à *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, Statistique Canada et le Centre canadien d'information sur la santé.

ST-GEORGES, C. (web) Le stress au travail, un fléau de notre temps. CSN : www.csn.qc.ca.

TANZMAN, b., WILSON, S., KING, D. & VOSS, W., (1990). The Vermont State Hospital Study. Burlington, VT : University of Vermont, Center for Community Change through Housing and Support.

TESSIER, L., CLÉMENT, M. & WAGENER-JOBIDON, v., (1992). La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90. Le Comité de la santé mentale du Québec. Gaëtan Morin éditeur. 238 pages.

CAILLOUX-COHEN, S. & VIGNEAULT, L., (199 7) . Aller-retour au pays de la folie. Éditions de l'Homme, Montréal, 183 pages.

VÉZINA, M., (1995). Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail. Cahiers scientifiques 81. ACFAS, Québec.

VÉZINA M., COUSINEAU, M., MERGLER, D., VINET, A. & LAURENDEAU, M.-C., (1992). Pour donner un sens au travail. Bilans et orientations du Québec en santé mentale et travail. Le Comité de la santé mentale du Québec. Gaëtan Morin éditeur. 179 pages.

VINCELETTE, F. (1995a). L'intégration au travail : mode d'emploi. In: Travail et santé mentale. L'intégration au marché du travail : mode d'emploi. Actes du colloque du 4 mai 1995. A.C.S.M.-filiale de Montréal : p 7-14.

VINCELETTE, F. (1995b). Recherche-Action Impact-Travail. Processus d'élaboration d'un questionnaire pour les organismes en santé mentale qui visent l'intégration au travail. Mémoire de maîtrise en santé communautaire. Université de Montréal.